Herrn H. Frommel
mit best. Empf. Bollinger.

Ueber einen Fall

von

primärem Nierencarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor D^R. O. Bollinger

o. ö. Professor und Vorstand des pathologischen Instituts zu München.

Der

hohen medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Hermann Müllner,

pract. Arzt aus Janova.

München, 1882.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn in München.

Ueber einen Fall

von

primärem Nierencarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor D^R. O. Bollinger

ö. Professor und Vorstand des pathologischen Instituts zu München.

Der

hohen medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Hermann Müllner,

pract. Arzt aus Janova.

München, 1882.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn in München.

Seinem hochverehrten Freunde

errn Hofkapellmeister H. Levi

in dankbarer Erinnerung

gewidmet

vom

Verfasser.

Im Folgenden soll ein Fall von primärem Nierencarcinom schrieben werden, der in Landshut von einem ausgezeich-ten Arzte, Herrn Dr. Auer, beobachtet und während Lebens des Patienten diagnosticirt wurde. Die beiden eren wurden nach der Section an das Pathologische titut zu München geschickt, um daselbst einer nähern tersuchung unterworfen zu werden. Bevor ich auf das entliche Thema eingehe, kann ich nicht umhin, einen berblick über die Geschichte des primären Nierencarcinoms wie der übrigen Nierentumoren zu geben.

Es gab eine Zeit — dieselbe liegt nicht weit hinter s — in der man von einem Nierencarcinom überhaupt hts wusste. — Die Seltenheit seines Vorkommens, sowie häufig sehr schwierige Diagnose desselben während des bens erklären diese Thatsache hinlänglich. Wohl findet n schon bei den alten Autoren den Ausdruck „Squirr-s renum“ erwähnt; dieselben haben aber unter diesem men nur die verschiedenen entzündlichen Processe, die der Niere abläufen, verstanden, keineswegs aber ein erencarcinom, dessen Bau sich dem Scirrhus nähert. So rakterisirt z. B. Sennert[1]) den Scirrus renum wie folgt: st autem squirrus renum malum pler umque insanabile od hominem in cachexiam aut hydropem conjicere potest.“ enn man aber nach dieser Beschreibung etwa glauben llte, der Verfasser habe wirklich damit ein Nierencarcinom meint, so würde man sehr irren, denn der nachfolgende z: „Urina in squirrho redditur pauca, tenuis et aquosa“

[1]) Sennert. Opera t. I lib. 3, part I, Sect. I cap. 9.

zeigt wohl zur Genüge, dass Sennert nur eine chronisc diffuse Nephritis mit seiner Beschreibung gemeint hat. her auch der Ausdruck plerumque insanabile; hätte er ei wirklichen Scirrhus gemeint, so würde er wohl sicherlich plerumque weggelassen haben.

Erst im Anfang unseres Jahrhunderts findet man der französischen Literatur mehrere Fälle von Nierencarci verzeichnet, von denen ich den Fall von Chomel[1]) sonders hervorheben will, weil er in Bezug auf die Ae logie grosse Aehnlichkeit hat mit dem Fall, den ich schreiben will.

Das Carcinom soll nämlich, nach Angabe von Cho durch einen Schlag auf die Milzgegend entstanden sein eine solche Grösse erreicht haben, dass er einen Theil Bauchdecken zerstört hat. Im Jahre 1835 wurde jener in Literatur berühmt gewordene Fall von Nierencarcinom kannt, bei welchem die Geschwulst durch die Bauchdec durchbrach.[2])

Um jene Zeit sind viele Fälle von Nierencarcinom französischen Forschern beobachtet worden, von de Gintrac, Derwal, Velpeau wohl genannt zu werden dienen. Alle die ebenerwähnten Forscher haben das Nie carcinom in der sogenannten Markschwammform beobach In der deutschen Literatur findet man bis in die dreissiger Ja mit Ausnahme von Königs Abhandlung über Nierenkra heiten 1826, nichts über dies Thema veröffentlicht, ebe wenig findet man irgend welche verwendbare Angaben ü dies Thema in der englischen Literatur bis zu jener Z wenn man von Wilsons Werk über „Nierenkrankheit absieht.

Lebert war der erste, der eine strenge Trennu zwischen einem primären und secundären Nierencarcin gemacht hat.

---

[1]) Chomel. Journal de méd. chirurg. et de pharmac. 1829, t. V p. 133.

[2]) Schmidts J. B. 1835 Bd. V p. 379.

Rayer[1]) hat in seinem epochemachenden Werke, das ch heute eine wahre Fundgrube ist für einen jeden, der er das nämliche Thema arbeitet, und dem ich grösstenils die historischen Skizzen verdanke, drei Arten von erencarcinom unterschieden. Ich führe seine Eintheilung r wörtlich an: „La première (l. c. p. 688) comprend les des dépôts de matière encéphaloïd dans les reins, sans gmentation notable du volume de ces organes et sans maturie (cancer latent); la seconde, les cas de cancer du n ou du bassinet principalement caractérisés par des uleurs rénales et par une hématurie habituelle, sans augntation notable du rein; enfin une troisième catégorie se mpose des cas de cancer, annoncés par une tumeur rénale, re, facilement appréciable au toucher et par une hémaie habituelle.“ Ich werde bei der Symptomatologie etwas her auf diese Eintheilung eingehen.

Was die Form des Nierenkrebses anbelangt, so tritt derbe meist, wie ich schon oben erwähnt habe, in Markwammform auf; indess hat schon Lebert zweimal eine tere, dem Scirrhus sich nähernde Consistenz beobachtet, kitansky hat zweimal einen Alveolarkrebs in Combinan mit Markschwamm und einmal eine colloide Degeneran des Nierencarcinoms gefunden.

Ueber den Ausgangspunkt des Nierencarcinoms sagt yer in dem obenangeführten Werke folgendes:[2]) „Ces générescences se développent presque toujours primitivent dans la substance corticale; mais elles peuvent s'étendre a substance tubuleuse. Les membranes du rein, les parois bassinet et le sang coagulé dans les veines rénales peuit aussi participer à la dégénérescene cancéreuse.“ Die Cortisubstanz bildet also nach diesem Forscher den Ausgangsnkt des Carcinoms, aber nicht immer, sondern nur pres toujours. Dieselbe Ansicht theilt auch Lebert:[3]) „Quant siège anatomique du dépôt cancéreux, le plus fréquent,

[1]) Rayer. Traité des maladies des reins, Paris 1841.
[2]) l. c. t III p. 676.
[3]) Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses p. 686.

sans contredit, est la substance corticale, et c'est de
qu'en augmentant, les tumeurs s'étendent d'un côté vers
surface et atteignent souvent les capsules surrènales etc."
Wir finden also bei beiden Forschern die richtige Beoba
ung, dass das Carcinom zuerst in der Corticalsubstanz
steht und von dort aus nach aussen bis zur Nierenka
und nach innen bis in das Nierenbecken, die Nierenkel
und in das Lumen der Nierenvenen sich ausdehnen ka
Aber wir finden bei ihnen keine Angabe darüber, von welc
histologischen Geweben die Carcinome sich primä
der Niere entwickeln. Ob sie vom Blut, interstitiellen Bi
gewebe, von den Lymphbahnen oder von den Epithe
ihren Ausgangspunkt nehmen? Und diese Frage war
so schwieriger zu beantworten, als man um jene Zeit we
in der normalen, noch in der pathologischen Histologie
weit vorgeschritten war, um von ihr irgend welche A
kunft über diesen so sehr wichtigen Punkt zu erwar

Man bequemte sich eine zeitlang mit den Ansichten
Rayer und Lebert, obwohl man wusste, auf welch
sicheren Boden man sich hiebei bewegte, aber bessere
begründetere Ansichten hatte man nicht; waren doch
jener Zeit die Akten über die Entwicklung des Carcin
überhaupt noch lange nicht geschlossen!

Von der Lösung dieser Frage nun erwartete man
auch, etwas mehr Licht in das dunkle Gebiet der Entsteh
des primären Nierencarcinoms zu bringen. Wir wer
bald sehen, in wie weit sich diese Erwartung realisirt
Virchow bezeichnet das Bindegewebe als den Ausga
punkt sämmtlicher pathologischer Neubildungen, mithin a
des Carcinoms; und in der That wurde eine zeitlang
Carcinom als Bindegewebsneubildung in den Hand-
Lehrbüchern angeführt. Im Jahre 1865 veröffentlichte
Thiersch[1]) seine gediegene Arbeit, in welcher er s
Ansicht ausspricht, dass alle Hautcarcinome durch Wucher

---

[1]) Thiersch. Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut. Leipzig

er Schweiss-, Talgdrüsen oder des Rete Malpighi entstehen
nd zwei Jahre später erschien die epochemachende Arbeit
on Waldeyer[1]), in der er das Carcinom durchaus als eine
in epitheliale Neubildung auffasst, die primär nur da ent-
ehen könne, wo wir wahres epitheliales Gewebe haben.
r stützt seine Ansicht auf einen von ihm in derselben
rbeit mitgetheilten Fall von primärem Nierencarcinom, dessen
ithelialen Ursprung er nachgewiesen hat. So hat denn
e Erforschung des primären Nierencarcinoms wesentlich
r Lösung dieser wichtigen und schwierigen Frage beigetragen.
ie früheren Gegner von Waldeyer wurden seit der Ver-
entlichung dieser Arbeit seine eifrigsten Anhänger, und
mntliche Pathologen rechnen heutzutage das Carcinom
den epithelialen Geschwülsten, bei denen neben dem
ndegewebe (das aus dem mittleren Keimblatt stammt),
uptsächlich Epithelien (Abkömmlinge des obern und
tern Keimblattes) betheiligt sind und die den Neubildungen
nen besondern Namen und Charakter verleihen und die
glich primär sich nur da bilden können, wo Epithelien
erhaupt da sind.

Trotz der vielfach erstrebten und von den meisten
toritäten mit Freude begrüssten idealen Einheit in Bezug
f die Entwicklung der verschiedenartigsten Carcinomformen,
wir durch die Arbeiten von Thiersch und Waldeyer
eicht haben, findet man in der Literatur vereinzelte An-
hten ausgesprochen, nach denen die Entwicklung eines
rcinoms auch von allen andern Geweben möglich sein
l. Nach Gussenbauer[2]) und Weil[3]) sollen sich sogar
s quergestreiften und glatten Muskelfasern Carcinomzellen
twickeln können.

Gerstacker[4]) gibt ein Referat bekannter Arbeiten über
erencarcinom und nimmt die Epithelien der Harnkanälchen

---

[1]) Waldeyer, Virchows Arch. 41.
[2]) Gussenbauer. Langenbecks Arch. f. Chir. Bd. XIV.
[3]) Weil. Wien. med. Jahrb. 1873.
[4]) Zur Kenntniss des primären Nierencarcinoms. Dissertat. Berlin.

als den Ausgangspunkt des Nierencarcinoms an. Als ätiolo gisches Moment dieses Leidens im Kindesalter nimmt G. em bryonale Anlage, für das Greisenalter Abschnürungen vo Harnkanälchen durch interstitielle Wucherung an. Das das Nierencarcinom so häufig im kindlichen Alter auftritt leitet er mit andern Autoren von dem frühzeitigen Funktio niren des Organs im Fötalleben ab.[1]) In jüngster Zeit ist di Entwicklung des Nierencarcinoms aus den Epithelien de Harnkanälchen durch v. Pereverseff[2]) in dem pathol. anat Institut von Recklinghausen mit Sicherheit nachgewiese worden. Es gelang ihm nämlich den Nachweis zu liefern

[1]) Demnach müsste das Herz, das sich sehr frühzeitig anlegt un sogleich in Thätigkeit tritt — von bösartigen Neubildungen am häufigste befallen werden, was aber durchaus nicht der Fall ist! Ueberhaupt kan die normale Funktion eines Organs unmöglich zu irgend einer pathologischen Process führen!

[2]) Pereverseff Virch. Arch. LIX p. 227.

Anmerkung: Die Worte „mit Sicherheit nachgewiesen worden habe ich nur im Sinne Pereverseff's gebraucht. Wäre aber die Arbeit von I nicht im pathologischen Institut v. Recklinghausens entstanden, s würde ich mir erlauben, ein kleines Fragezeichen hinter dieselbe zu mache denn wenn man das Pankreas, die Leber, die Sacrolumballymphdrüse das Omentum majus krebsig degenerirt findet, ferner noch „in der rechte fossa iliaca am Peritonäum, namentlich gegen die rechte Niere zahlreich Krebsknoten sieht“ und an der Wirbelsäule eine „sehr grosse“ krebsig Tumormasse sich befindet, mit welcher „die Niere auch verwachsen is die sich aber mit einiger Mühe davon trennen lässt“, die Niere selbst ab „nur von krebsigen Massen durchsprengt ist und sonst ihren normale Umfang und ihre normale Gestalt hat“ —, dann weiss ich wahrhafti nicht, wie man da die Niere als „Ausgangspunkt“ der Carcinomatose b trachten kann? Viel wahrscheinlicher ist es doch in diesem Fall, d Sacrolumbaldrüsen als den Ausgangspunkt des Carcinoms zu betrachte die Niere aber erst als secundär krebsig degenerirt anzusehen. „Die krebs gen Zapfen, die noch von der tunica propria der Harnkanälchen umschlo sen sind“ könnten ja demnach auch eingewandert sein! — Warum läs uns übrigens der Verfasser in dieser bezüglich des mikroskop. Befund sehr interessanten, Arbeit in Bezug auf Ursache, Dauer und Verlauf d Krankheit vollständig im Unklaren? Sind denn diese Angaben so nebe sächliche Dinge, die nicht einmal erwähnt zu werden verdienen?

Uebrigens kenne ich 137 Fälle von primären Niercarcinom und hab nirgends so ausgedehnte Metastasen gefunden!

)ass die krebsigen Zapfen noch von der tunica propria der Harnkanälchen umschlossen sind und dass die normalen Harnkanälchen unmittelbar in krebsig degenerirte übergehen.

Was die Häufigkeit des primären Nierencarcinoms anelangt, so wird dasselbe öfters beobachtet, als man früher nnahm, und kommt viel häufiger bei Kindern als bei Erachsenen vor. Der Satz von Rayer[1]): „On a très rarement bservé le cancer des reins chez les enfants“ wurde in euerer Zeit durch zahlreiche Beobachtungen widerlegt. Hirschsprung hat 29. Fälle von Carcinom bei Kindern eobachtet; 15 betrafen die Nieren, 6 mal hat der Verfasser n Trauma als ätiologisches Moment gefunden. Rohrer[2]) at 111 Fälle von primärem Nierencarcinom aus der Literar zusammengestellt, einen Fall aus seiner eignen Beobachtung nd drei andere Fälle aus der Beobachtung von Professor iermer, im Ganzen 115 Fälle veröffentlicht und mit richtigen emerkungen versehen. Nach ihm nun befällt über ein rittel aller Fälle von primärem Nierencarcinom das kindliche lter, ferner befällt es gleich häufig die rechte wie die linke Niere nd nur selten beide Nieren zu gleicher Zeit. Das abeichende Resultat früherer Autoren, nach denen die rechte iere häufiger vom Carcinom befallen wird, als die linke, hrt Rohrer mit Recht auf die ungenügende Trennung vischen primärem und secundärem Nierencarcinom zurück, dem letzteres vorzüglich beide Nieren, oder — wegen der ös„eren Nähe von Magen und Leber — die rechte Niere ters befallen wird als die linke.

In Bezug auf die Symptomatologie fand Rohrer rbrechen in 1/5 aller Fälle, zuweilen habituelle Stuhlverpfung, häufiger aber Diarrhoe, Temperatur meist normal, Inligenz kann sehr lange, oft fast bis zum Ende erhalten bleiben. ewöhnlich aber treten Somnolenz, Benommenheit des Sensiums, epilelpti- und eklamptiforme Anfälle mit dem Beginn

---

[1]) Rayer l. c. t. III p. 647.

[2]) Rohrer. Das primäre Nierencarcinom, Dissertation, Zürich 1874.

der Agonie ein. Hie und da kann auch der Tod plötzlich eintreten durch Herzparalyse, durch Verblutung in Folge einer Ruptur eines grössern Gefässes [1]) oder durch Apoplexie; zuweilen gehen Lähmungserscheinungen in allen Formen vor aus und der Tod tritt dann in Folge von Asphyxie ein. Eine sehr wichtige Eigenthümlichkeit des primären Nierencarcinoms ist die, dass die secundären Erscheinungen auf metastatischem Wege erst spät eintreten. (Klebs Handb. der pathol. Anatom. p. 618).

Was die Aetiologie des primären Nierencarcinoms anbelangt, so fällt dieselbe begreiflicherweise mit der Aetiologie der Geschwülste überhaupt zusammen. Bei letztern nun stehen sich heute zwei Ansichten, in Bezug auf ihre Aetiologie, gegenüber. Nach der einen Ansicht ist das Trauma im weitesten Sinne des Wortes — also auch mechanische chemische Reize — Ursache der pathologischen Neubildungen nach der andern Ansicht dagegen verdanken die Geschwülste ihre Entwicklung der Persistenz embryonaler Keimanlagen d. h. den aus einer früheren Entwicklungsperiode stammenden Zellen, welche nicht zum Aufbau der normalen Gewebe bestandtheile verwendet wurden. Letztere Ansicht ist von Cohnheim.[4]) Zu beachten ist in dieser Beziehung die Mittheilung Virchows[5]), dass die bei dem Ossificationsprocess zurückgebliebenen „Knorpelinseln", in spätern Zeiten zum Ausgangspunkt von Enchondrombildungen werden können. Ob sie aber auch ohne dass ein Trauma hinzukommt, zum Ausgangspunkt von Enchondrombildungen

---

[1]) Rayer l. c. Der Tod trat unter den Symptomen einer foudroyanten Peritonitis ein in Folge von Perforation des Nierencarcinoms in's Abdomen. Bright (Guy's Hosp. 1839 vol. IV) erwähnt ebenfalls einen Fall von primärem Nierencarcinom, bei dem der Tod durch Blutung in's cavum abdominale eintrat.

[2]) Die „lokale Irritation" als das Wesentliche bei der Entstehung der Geschwülste wird namentlich von Virchow betont.

[3]) Cohnheim. Allgem. Patholog. Bd. I.

[4]) Virchow. Berl. akad. Monatsschrift 1875.

werden können, das ist freilich durch den Befund von zurückgebliebenen „Knorpelinseln“ nicht bewiesen, ja von Virchow selbst nicht einmal behauptet worden. Dagegen findet man in der Literatur von guten Beobachtern zahlreiche Beispiele für die traumatische Entstehung gewisser Geschwülste (Sarcome und Carcinome) angeführt, ich verweise hier nur auf Virchow (Geschwülste II. p. 244), Langenbeck (Archiv für klin. Chirurgie, XII. p. 621), Fischer (ib. p. 855) und Wagner (Handb. der allgemein. Path. p. 506). Ferner findet man in 8—9% [1]) sämmtlicher bekannten Fälle von primärem Nierencarcinom das Trauma als ätiologisches Moment, ebenfalls von zuverlässigen Beobachtern mit Bestimmtheit angegeben, ich brauche nur die Namen Cramer (Schmid. J.-B. Bd. 19), Bright (Guy's Rep. 1839 vol. IV), Chomel und Waldeyer (Virch. Arch. Bd. LV) zu nennen, um die Richtigkeit meiner Behauptung zu beweisen. Kann man denn all diese Fälle bei der Aetiologie so ganz unberücksichtigt lassen, weil man den Grund nicht angeben kann, warum auf ein Trauma hin, das einemal nur eine Entzündung, das anderemal dagegen eine Neubildung entsteht?

Wenn man also auch das Trauma nicht als prima causa einer pathologischen Neubildung betrachten kann, so muss man es doch wenigstens als proxima causa ansehen.

Man muss freilich vorsichtig sein in Bezug auf gewisse Angaben; so finde ich z. B. in der sehr gediegenen Arbeit von Rohrer [1]) p. 42 folgende Angabe: „Fall Nr. 7. Krebs der linken Niere, bei einem 60 jährigen Kaufmann, der auf seinen Reisen die Geldtasche stets auf der linken Nierengegend getragen hatte“ und auf p. 92 wird dieser Fall, ohne jegliche Bemerkung des Verfassers, unter die Rubrik der „traumatischen Einwirkungen“ gebracht! —

[1]) Rohrer gibt nur 6—7% an; in den lezten Jahren sind aber unverhältnissmässig sehr viele Fälle in der Literatur bekannt geworden, bei denen ein Trauma mit Bestimmtheit als causaules Moment angegeben wird.

Man bedenke doch die Lage der Nieren, ferner ihre hohe Unempfindlichkeit gegen mechanische Beleidigungen und man wird sich bald von der Haltlosigkeit solcher Annahmen überzeugen. —

Es muss in der That wegen der beiden ebenerwähnten Gründe ein bedeutender mechanischer Insult in der Nierengegend stattgefunden haben, wenn in Folge dessen ein Nierentumor sich entwickeln soll. Ich habe auch in der Literatur überall wo der Nierentumor auf ein Trauma zurückgeführt wird immer ein Trauma im eigentlichen Sinne des Wortes angegeben gefunden, z. B.: Fusstritt in der Nierengegend, Sturz vom Pferd, Fall von einer Treppe und dergl. mehr.

Was das Wesen der Geschwülste im Allgemeinen anbelangt, so wissen wir, dass sie meist nur einen Ausgangspunkt haben, längere Zeit ihr Wachsthum einstellen können, um plötzlich wieder ein rasches Wachsthum zu beginnen. Sehr gewöhnlich treten im Geschwulstgewebe regressive Metamorphosen auf, namentlich bei zellenreichen Geschwülsten, deren Prototyp das Carcinom ist. Verfettung, schleimige Degeneration, Necrose, Verkäsung, Zerfall, Verflüssigung, Gangrän, hämorrhagische Infarcte, kurzum alle jene regressiven Processe, wie sie die Pathologie am normalen Gewebe beobachten lehrt, kommen auch bei Geschwülsten vor. Die epithelialen Geschwülste haben grosse Neigung solche regressive Metamorphosen einzugehen, ferner bilden sie gerne Metastasen, wesshalb sie auch „maligne Geschwülste“ genannt werden. Doch ist es absolut nicht nothwendig, dass in jeder epithelialen Geschwulst solche Processe vor sich gehen; dieselbe kann vielmehr längere Zeit wachsen, ohne dass sich in ihr irgend welche regressive Metamorphosen bilden und ohne Metastasen zu verursachen.

Von diesen allgemeinen pathologisch-anatomischen Gesetzen macht der Nierentumor durchaus keine Ausnahme; man wird also in dem Urin eines mit einem Nierentumor behafteten nur dann Blut finden können, wenn eine Blutung im Nierentumor stattgefunden hat; auserdem aber kann der

rin bis zum Tod vollständig frei von Blut und Eiweiss eiben. Der Tumor braucht ferner nicht in's Unendliche wachsen, das Volumen der befallenen Niere braucht um merkbar vergrössert zu sein; die Krankheit kann rner noch ohne Haematurie verlaufen und ist dann nicht agnosticirbar; dies ist der cancer latent von Rayer. Ist aematurie eingetreten, dann ist der Verdacht auf einen ierentumor wohl begründet, findet man einen Tumor in der erengegend ohne Haematurie, dann ist die Diagnose auf einen erentumor „mit grosser Wahrscheinlichkeit" zu machen; Tumor in der Nierengegend und Haematurie vorhanden, nn ist die Diagnose auf einen Nierentumor sicher. — Ich be absichtlich in den letzten Sätzen den Ausdruck „Carcinom" ggelassen und an seiner Stelle die allgemeine Bezeichnung Tumor" gebraucht, weil die von Rayer für das Carcinom gegebenen Cardinalsymptome, nämlich Hämaturie und erentumor, nicht für's Nierencarcinom allein, sondern auch 's Nierensarcom ihre volle Giltigkeit haben, sowie überupt für alle grössern Nierentumoren.

Man hat nämlich in der allerneuesten Zeit, da die thologie und die pathologische Anatomie immer mehr und hr das Thun und Denken des Klinikers sowohl wie der aktischen Aerzte beherrschen, die Sectionen häufiger gecht werden als es noch vor zwanzig, dreissig Jahren der ll war und die Histologie grosse Fortschritte gemacht , auch noch andere Neubildungen in der Niere gefunden. hat Rindfleisch in seinem Werke eine Mischform als rcinoma sarcomatodes der einen Niere beschrieben, Eberth 1872 ein Myoma sarcomatodes der einen und ein nes Sarcom der andern Niere gefunden; Sturm (Ueber Adenom der Niere, Arch. der Heilkunde XVI 3 p. 230, 5) weist ein Adenosarcom der Niere nach in vier Fällen, früher als Carcinoma sarcomatodes beschrieben worden ren. Auch H. Tellegen[1]) hat ein als Carcinoma sarcotodes beschriebenes Nierenpräparat, das im patholog.

[1]) H. Tellegen. Het. primär. Nier-Sarcom Dissert. Groningen 1875.

Kabinet in Groningen aufbewahrt war, näher untersuch
und fand, dass es ein reines Sarcom war. Derselbe Verfass
spricht nun die Vermuthung aus, dass wahrscheinlich al
Fälle von beiderseitigem Nierenkrebs, nicht als Carcinon
sondern als Sarcom zu betrachten seien. Was letztere B
hauptung anbelangt, so ist sie entschieden unbegründ
denn in dem[1]) Fall von doppelseitigem Nierencarcinom, d
ich später anführen werde, ist die mikroskopische Diagnose a
Encephaloidkrebs von einem guten Beobachter gemacht word
dagegen will ich zugeben, dass mancher Fall von angeblich p
märem „Nierencarcinom", den man in der Literatur verzeich
findet und der bei der Aufstellung „statistischer Tabell
schwer in die Wagschale fällt, bei näherer Untersuchu
sich als Sarcom herausstellen dürfte, besonders in denjeni
Fällen, bei denen der mikroskopische Befund aus gewissen h
nicht näher anzuführenden Gründen — nicht mitgetheilt, w
Der Kliniker bezeichnet eben gerne Neubildungen, wel
schnell wachsen und Metastasen bilden, ausserdem noch
Cachexie führen, mit dem Namen Carcinom. —

Cohnheim[2]) hat ein quergestreiftes Muskelsarcom
Nieren bei einem Kinde beobachtet. Jedenfalls war die
schwulst eine congenitale, und da die erste Urogenitalan
nahe den Urwirbelplatten gelegen ist, aus denen sich
grosser Theil der Stammuskulatur entwickelt, so vermu
C., dass durch irgend eine fehlerhafte Abschnü
einige Muskelkeimzellen sich von Anfang an der e

---

[1]) Auch Griesinger hat ein doppelseitiges Nierencarcinom bei
30jährigen Manne beobachtet. Rohrer hat 11 Fälle von doppelse
Nierencarcinom in der Literatur gefunden. Ob aber in sämmtlichen Fäl
Carcinom in beiden Nieren zu gleicher Zeit primär entstanden se
nicht das Carcinom der andern Niere durch Metastase entstanden
das dürfte wol sehr schwer zu beweisen sein. In dieser Beziehung
der von mir angeführte Fall das grösste Interesse, weil in diese
gar keine Metastasen vorhanden waren, ferner waren beide Nie
1/3 vergrössert, in beiden Nieren nur noch Spuren von normaler Su
sichtbar, also auch gleichmässig verändert, so dass gar kein Gru
handen ist, nur die eine Niere als primär erkrankt zu betrachten

[2]) Virchows Archiv LXV p. 64. 1875.

Urnierenanlage beigemischt haben und später in den schon entwickelten Nieren zu pathologischer Geschwulstbildung gelangt seien. Die Rundzellen der Sarcomknoten betrachtet Cohnheim als die präparatorischen Elemente, aus welchen durch Umwandlung in Spindeln und Verschmelzung später die quergestreiften Muskelfasern hervorgegangen seien. —

Langhans[1]) hat ebenfalls ein Adenosarcom der Niere mit quergestreiften Muskelfasern beobachtet und schliesst sich in Bezug auf das Vorkommen der quergestreiften Muskelfasern in der Niere der Cohnheim'schen Ansicht an.

Wenn wir aus Erfahrung nicht wüssten, dass mancher, vollkommen normal entwickelter Mensch 40 oder 50 Jahre alt wird, ohne eine Geschwulst zu bekommen und dann plötzlich, scheinbar ohne jegliche Ursache, einen Tumor bekommt, — so wäre dieser Fall von Cohnheim sehr geeignet, als „glänzendes Beispiel" für die Entstehung der Geschwülste aus den embryonalen Keimanlagen hingestellt zu werden —, nun aber bleibt die grosse Frage offen: Warum tritt die Geschwulst in dem einen Fall schon intrauterin auf, während sie in einem andern Fall erst nach 40 oder 50 Jahren auftritt? — Diese schwierige Frage kann aber nur mit den Worten Ziegler's[2]) beantwortet werden: „Die anatomischen Untersuchungen drängen vielmehr zur Annahme, dass die Geschwülste aus verschiedenen Geweben entstehen und zwar: 1) aus embryonalen, 2) aus wachsenden und 3) aus fertig entwickelten Geweben".

Der Verlauf der Krankheit beim primären Nierencarcinom ist nach dem Obengesagten — ohne mit statistischen Tabellen und zahlreichen Kranken-Geschichten sich zu werfen — sehr klar abzulesen. Derselbe muss ein stürmischer sein, wenn die Geschwulst rasch wächst, ein langsamer, schleppender, wenn das Wachsthum der Geschwulst nur langsam vor sich geht. Die Hämaturien, wo eintreten, können ganz schmerzlos sein, wenn der Ureter nicht durch einen Thrombus oder Blutgerinsel verstopft wird; ist aber dies der Fall, dann können die heftigsten

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie IX. 3, 4. 1878.

[2]) Ziegler. Handb. der allgem. u. sp. patholog. Anatom u. Pathogenese.

Schmerzen und Krämpfe eintreten, so dass schon zwei ode
drei solche Anfälle genügen, um bei einem Kinde oder be
einem durch die Ernährungsstörungen herabgekommene
Individuum, das lethale Ende herbeizuführen. Der latent
Nierenkrebs verläuft ohne alle Symptome und kann währen
der ganzen Krankheitsdauer nur Ernährungsstörunge
zur Folge haben, so dass der behandelnde Arzt an alles ande
eher denken muss, als an irgend eine Nierenaffection. Di
kann der Fall sein, nicht nur wenn eine Niere krebsig d
generirt ist, für die ja die andere Niere vikarirend eintrit
sondern auch wenn beide Nieren zu gleicher Zeit prim
carcinomatös erkrankt sind.[1])

Was die Krankheitsdauer anbelangt, so haben d
meisten Autoren, die bisher über dies Thema gearbeitet habe
dieselbe als sehr kurz erachtet. Walsche gibt die Durc
schnittsdauer der Krankheit auf acht Monate an, Rosenste
findet die von Walsche angegebene Zeit viel zu kurz und nimm
nach seinen Erfahrungen, eine Durchschnittsdauer von „zw
Jahren und darüber“ für dieselbe an. Roberts und Rohr
finden auffallenderweise sehr übereinstimmende Zahlen, nämli
8 Monate für's kindliche Alter und 2½ Jahr bei Erwachsen

Dem gegenüber findet man in der Literatur Fälle v
ungewöhnlich langer Dauer von zuverlässigen Beobachte
angegeben; so veröffentlichte Jerzykowski einen Fall v
primärem Nierencarcinom, der eine 17jährige Dauer geh
hat, „welche dem gewöhnlichen Charakter der bösartigen N
bildungen fern liegt.“ Dieser in jeder Beziehung sehr interessa
Fall soll hier in gedrängter Kürze wiedergegeben werd

„Vor 17 Jahren fiel Patientin mehrere Treppen hinun
wobei sie eine Contusion der rechten Bauchseite erlitt, in F
dessen einen langdauernden Schmerz in der rechten Hüft
Lumbal- und Bauchgegend und unmittelbar darauf an geri
Hämaturie mit wochenlangen Intermissionen zu leiden h
Ein halbes Jahr nach oben erwähntem Fall von der Treppe
merkte sie unter dem rechten Rippenrande eine geringe
schwellung; dieselbe nahm allmählig am Umfang zu,

[1]) Conf. Neumann, Essai sur le cancer du rein. Schmidt's J. B.

rst nach 17jährigem Leiden[1]) ging die Frau unter fortschreiendem Marasmus, Auftreten sehr starker Fussödeme und Anasarka der Bauckdecken an Erschöpfung zu Grunde.

Die Section wurde von Waldeyer gemacht und die mikroskopische Untersuchung ergab: Carcinom der rechten Niere; Metastasen waren keine vorhanden!" Dieser Fall ist übrigens auch noch näher von Waldeyer[2]) in Virchows Archiv Bd. L. V beschrieben worden. Fournier[3]) erzählt einen Fall von primärem Nierencarcinom mit 12jähriger Dauer. Wenn sich auch Rohrer erlaubt hat, hinter die Angabe von Waldeyer ein Fragezeichen zu machen, ebenso hinter die von Fournier, so bin ich der letzte, der es wagt, die Angaben eines so anerkannten Forschers wie Waldeyer oder die von Fournier in Zweifel zu ziehen; mir ist eine Angabe von Waldeyer mehr werth, als zehn aus der Literatur gesammelte Fälle und aus diesem Grunde erlaube ich mir auch hier noch zwei andere Fälle von primärem Nierencarcinom mit ungewöhnlich langer Dauer anzuführen, ohne dieselben in Frage zu ziehen. Diese Fälle sind in Schmidt's J.-B. d. Medizin 1879 p. 88 von Meissner, der ein Referat „über den Krebs" gibt, ebenfalls ohne Fragezeichen angeführt. Beobachter dieser Fälle ist Dr. Andrew Dunlop, mitgetheilt in Lancet I. 16. April 1877.

Fall I. Eine Frau litt seit 10—12 Jahren an heftigen Schmerzen in der linken Lenden- und Inguinalgegend mit Erbrechen, Hinfälligkeit und wiederholten Hämaturien. Nach 5—6 Jahren liessen diese Erscheinungen nach, dagegen zeigt sich in der linken vorderen Lendengegend eine allmählich wachsende Geschwulst. Dazu traten Nachtschweisse, häufiges

---

[1]) Ebstein (Handb. d. sp. Patholog. u. Therap. v. Ziemssen Bd. 9 zweite Hälfte, 2. Aufl. p. 172) gibt irrthümlicher Weise eine 18jährige Dauer bei diesem Fall an.

[2]) Der Fall, sagt Waldeyer, bildete in hiesigen medicinischen Kreisen eine Art cause célèbre. Die begüterte Patientin hatte hier und auch anderwärts während ihres mehrjährigen Leidens fast alle medicinischen Autoritäten consultirt und die verschiedensten Diagnosen hören müssen!

[3]) Fournier. Bul. de la société anal. de Paris 1855 Nr. 30.

Erbrechen, Urinverminderung. Seit drei Monaten rasche Kräfteverfall und Cachexie. Unter Hinzutritt von heftigen Durchfällen erfolgte der Tod nach vierwöchentlicher Behandlung. Section:

Linke Niere mit dem Colon und mit der Milz verwachsen, 2,5 kgr. schwer, 10,5 cm. lang, 5¼ cm. breit, 16¼ cm im Umfang messend, (die Form der Niere war also ziemlich erhalten geblieben. D. V.), mit zwei festen Knoten durchsetzt, im Uebrigen weich, fast breiig. Im Durchschnitt zeigt sich nirgends erhaltenes Nierengewebe, sondern nur Markschwammmasse; einzelne Mesenterialdrüsen waren krebsig infiltrirt, ebenso der Uterus.

Fall 2. Ein 55jähriger Mann, welcher seit 10 Jahren häufig an Hämaturien gelitten hatte und einen Tumor in der rechten Lendengegend zeigte, starb nach mehr als 6jähriger Beobachtung an Erschöpfung. Die erkrankte Niere war 8 cm. lang, 4,5 cm. breit (also auch hier war die Form der Niere ziemlich erhalten. D. V.), in den unteren Dreivierteln in eine mürbe, gelblich weisse Masse verwandelt, in dem obern Viertel mit noch etwas erhaltenem Nierengewebe blassroth mit fibrösen Gewebszügen und ¼—¾ cm grosse Krebsknoten durchsetzt. Der untere Theil war fettig degenerirt.

Meissner gibt in der obenerwähnten Arbeit „über Krebs“ die von Rohrer gefundenen Zahlen wieder, ohne jegliche Bemerkung seinerseits; ob man aber berechtigt ist, aus nur 28 Fällen von primärem Nierencarcinom bei Kindern und aus 37 ebensolchen Fällen bei Erwachsenen [1]) eine „statistische Tabelle“ zu machen und die aus derselben sich ergebenden Zahlen als massgebend zu betrachten —, dies hat schon längst ein ausgezeichneter Beobachter bezweifelt, dessen sorgfältige und gründliche Arbeit mehr Berücksichtigung und Würdigung finden dürfte, als es bisher der Fall gewesen zu sein scheint. [2])

---

[1]) Nur in 65 Fällen fand R. Angaben über die Dauer der Krankheit erwähnt. Conf. Rohrer p. 116.

[2]) Meissner hat wahrscheinlich aus Versehen die Arbeit des Kühn nicht erwähnt.

Ich meine die Arbeit über „das primäre Nierencarcinom im Kindesalter“ von Kühn.[1]) Derselbe veröffentlicht zwei Fälle von primärem Nierencarcinom, die in Bezug auf sorgfältige Beobachtung als Muster hingestellt werden dürfen. Während nämlich die in der Literatur bisher verzeichneten Fälle (mit Ausnahme von einigen) nur in ihren Endstadien beobachtet wurden, sind diese beiden Fälle vom Beginn bis zum Ende ununterbrochen vom Dr. Kühn controlirt worden. Die mikroskopische Untersuchung aber wurde in beiden Fällen von Krause in Göttingen vorgenommen. Es würde mich zu weit führen, wollte ich diese beiden Fälle anführen, nur kurz will ich hier erwähnen, dass Kühn sagt:

„Meiner weiter unten zu begründeten Ansicht nach dauerte der Verlauf der Krankheit schon Jahre lang, wahrscheinlich von der Geburt an, und sind die Symptome, welche ich als für Nierencarcinom charakteristisch hervorhob, nur die finalen Erscheinungen.“

„Fassen wir das Charakteristische des 2. Falles zusammen,“ sagt K. an einer andern Stelle, „so haben wir ein sehr langes, durch eigenthümliche Verdauungsstörungen und dyskrasische Erscheinungen charakterisirtes „latentes Stadium.“

Und in der That hat schon Rayer in seinem klassischen Werke darauf aufmerksam gemacht, dass es ein latentes Stadium beim primärem Nierencarcinom geben kann, wo alle Erscheinungen, die auf ein Nierenleiden hindeuten, fehlen. „Einige Kranke klagen dann über einen tiefen, beständigen, bald dumpfen, bald schneidenden und reissenden Schmerz in einer Lendengegend.“ (Rayer.) „Bei Kindern fallen noch die subjektiven Schmerzempfindungen als diagnostisches Hülfsmittel weg“, sagt Kühn, weil diese Fälle fast schmerzlos verlaufen und Rücken- und Leibschmerzen bei Kindern selten nicht genau angegeben werden.“ Bekanntlich aber erscheinen die „Krankheitsscenen“ beim primären Nierencarcinom als Auftreten eines Tumors in der Lendengegend oder

[1]) Dr. Kühn. Das primäre Nierencarcinom im Kindesalter Deutsch. Archiv f. klin. med. XVI p. 312.

Hämaturie —, erst dann wird der Arzt consultirt. Das man demnach die Krankheit nicht von dem Tag an datire darf, an dem man einen Tumor fühlte oder an dem Häma turie eingetreten ist, ist wohl einem jeden einleuchtend. — Be den meisten aber in der Literatur verzeichneten Fällen beginn die Krankengeschichte eigentlich mit dem Endstadium. Dass man — wenn auf diese Weise „statistische Tabellen gemacht werden — eine sehr kurze Durchschnittsdaue herausbekommen muss, ist sonnenklar. — Wenn ich übriger auch von diesem Punkte absehen wollte, so kann ich ga keinen Grund finden, warum ein Carcinom der Nie schneller zum Tode führen soll als irgend ein ander Carcinom, z. B. Carcinom der Lippe? Die Niere ist ja ke solches Organ, von dem das Leben abhängig wäre — es gi ja eine zweite Niere, die für die degenerirte funktionir kann. — Zieht man ferner noch dies in Erwägung, da die Nierenkrebse selten und erst sehr spät Metastas verursachen, dann ist gar kein Grund vorhanden, eine kur mittlere Krankheitsdauer für dieselben anzunehmen. Kül hat daher mit Recht das latente Stadium auf 4 Jahre hinau geschoben; bei Erwachsenen könnte übrigens dies Stadium no etwas länger dauern; ferner muss man wohl bedenken, da der kindliche, zarte Organismus durchaus nicht massgebend für die Malignität irgend einer Krankheit. Wie oft unt liegen Kinder einem Intestinalkatarrh, wie zahlreich sind d Opfer einer Laryngitis crouposa bei Kindern, ohne da man deswegen behaupten könnte, dass diese Krankheit auch beim Erwachsenen zum exitus lethalis führen müsse Die Fälle von primärem Nierencarcinom bei Erwachsen und bei Kindern müssen daher absolut getrennt werde wenn die statistischen Tabellen überhaupt einen Werth hab sollten. Es ist durchaus nicht bewiesen, dass wenn di Krankheit bei Kindern eine Dauer von nur 8 Monaten h dieselbe auch dementsprechend bei Erwachsenen eine s kurze Dauer haben müsse. —

Bei dieser Sachlage dürfte es wohl nicht uninteress sein, auf einen Fall von einem primären Nierentumor üb

igehen, der sowohl in Bezug auf die Aetiologie, als auch
n Bezug auf den Krankheitsverlauf und Krankheitsdauer
wie in Bezug auf gute Beobachtung während der „ganzen
rankheitsdauer" zu den seltensten in der Literatur ver-
eichneten Fällen wohl gehören dürfte. Dieser Fall ist von
nem zuverlässigen Beobachter sehr sorgfältig beobachtet,
e Nieren sind nach der Section an Herrn Prof. Bollinger
hufs näherer Untersuchung geschickt worden. Ich theile
shalb zunächst das Begleitschreiben des Hrn. Dr. Auer
Landshut, das die Krankengeschichte, die Diagnose und
n Sectionsbericht enthält, wörtlich hier mit:

Krankengeschichte.

„Herr E. K., Kaufmann, 53 Jahre alt, seit 21 Jahren
rheirathet, Vater von drei erwachsenen, gesunden Kindern.
ittelgrosser, starker Mann von heiterem Gemüth und ge-
gelter, mässiger Lebensweise.

Vor 13 Jahren erlitt K. einen Pferdehufschlag auf die
chte Bauchseite, der im Momente mässigen Schmerz erregte
d ein mehrtägiges Druckgefühl zur Folge hatte, das aber
nz unbeachtet geblieben ist. Im April 1879 (also gerade
Jahre später) entdeckte K. einen beweglichen, faustgrossen
nollen neben dem rechten Rippenbogen, den der erst
nsultirte Arzt, Dr. Z. und auch der in München zu Rathe
zogene Dr. P. nicht zu bestimmen vermochten.

Im Juli 1879 untersuchte ich den Kranken und fand
n genannten Knollen mannskopfgross, der seine Grenzen
n Rippenbogen bis in das Becken hinein und von der
illarlinie bis über die lin. alba hatte. Die Geschwulst fühlte
n hart und schmerzlos an und alterirte das Allgemeinbe-
len nicht im Geringsten. Im August 1879 schickte ich
zu Prof. N., der den Tumor für ein Sarcom vom Bauch-
ausgehend erachtete.

Erst 1880, also 11 Jahre später, fühlte K. beim Gehen
l Stehen ein unbehagliches, keineswegs aber schmerzendes
icken und ging dabei seinen Geschäften nach. Da ich
Exstirpation der Niere für das einzig rettende Mittel
lt, ordinirte ich intern nichts. Zur Operation aber, die

Prof. v. Nussbaum zugedacht war, konnte sich K. nich
entschliessen. Im Laufe des Jahres 1881 (12 Jahre späte
trat eine ernste Erscheinung auf: nämlich Blut im Urin
Die Blutmenge war gering, es wurden einige Klumpen coa
gulirten Blutes ausgestossen; darauf zeigte sich der Uri
noch 2—3 Tage blutig gefärbt, und bald war derselbe wiede
rein, aber etwas eiweisshaltig. Diese Blutungen stellten sic
bis zum Tod in der beschriebenen Weise nur noch zweima
ein; Pat. blieb bis zum Tode fieberlos. Zu dieser Erscheinun
gesellte sich bald Erbrechen, jedoch nicht anhaltend; all
2—3 Tage wurden die Speisen unmittelbar nach dem G
nusse derselben erbrochen, manchmal unter heftigem Würge
Nach dem Erbrechen trat unmittelbar Hungergefühl ei
und die dann genossenen Speisen blieben und wurden g
verdaut. Der Appetit und der Schlaf blieben gut bis 4—
Wochen vor dem Tode. Abnormer Durst stellte sich erst i
den drei letzten Wochen ein; Stimme war bis 8 Tage v
dem Tode stets sonor, ja kräftig. Der Stuhl war meist a
gehalten; eine sehr lästige Erscheinung war ein steter Huste
reiz, welcher nicht selten das Erbrechen provocirte. Ein b
schwerlicher Kitzel, nach Angabe des Kranken im Kehlko
erregte angestrengtes Räuspern und förderte ein ser
schleimiges, meist mit hellem und dunkelm Blute vermengt
Sputum zu Tage.

Mit Beginn des Jahres 1882 traten die Erscheinung
der Cachexie auf; zu Ostern 1882 verliess K. zum letzte
mal das Haus, da die ersten Spuren vom Oedem der Füs
sich zeigten und die Kraftlosigkeit bedeutend zunahm; d
Liegen war nur auf der rechten Seite möglich; dem Oede
folgten allmählich starkes Anasarca, zuletzt Wasserergüs
in das Abdomen und in die Brusthöhle. Zum Schlus
stellten sich Schlingbeschwerden, Somnolenz, leich
Delirien, Appetitlosigkeit, vermehrter Durst, Decubitus ei
und nach unsäglichen Qualen — der Kranke konnte
letzten Wochen nur im Lehnsessel zubringen — starb
am 8. August 1882. Nur am letzten Tage war gestat
worden, durch Morphiuminjection die Schmerzen zu beheb

Section am 9. August. 11 Uhr.

Leiche abgemagert, wassersüchtig, Leichenstarre, Todtenecken. An der linken Halsseite ein halbhühnerei grosses, rebsig entartetes Drüsenconvolut. Achsel und Inguinaldrüsen rei. Im linken Lungenflügel ein wälschnuss grosser Medullarknoten. Die Lunge im Uebrigen rein. Herz normal. Die eber sehr vergrössert, mit Medullarknoten und Knötchen esetzt. Die Milz gross, ihre Kapsel leicht abziehbar; im lagen und in den Gedärmen nichts Pathologisches. Das olon ascendens war mit der rechten Niere verwachsen. etz und Messenterialdrüsen rein. In der Harnblase blutiger rin.

Linke Niere normal, 12$^{cm.}$ lang, 5$^{cm.}$ breit, am Nierenlus 3,5$^{cm.}$ breit. Gewicht des in Alcohol aufbewahrten Präarates der rechten Niere, nach Abzug der dicken fibrösen apsel, beträgt 2025 gr., Längsdurchmesser 20$^{cm.}$, grösster eitendurchmesser 14$^{cm.}$, am Nierenhilus 13$^{cm.}$, grösster ieren Dickdurchmesser 12$^{cm.}$

Aussehen der rechten Niere: Dieselbe ist übermannspf gross; Form der Niere vollständig erhalten, nur in len Durchmessern gleichmässig vergrössert. Unterheidung zwischen Cortical- und Medullarsubstanz unmöglich. ist von einer dicken fibrösen Kapsel eingehüllt, welche mit r Nierenoberfläche fest verwachsen ist. Oberfläche uneben, t seichten Vorwölbungen. In der fibrösen Kapsel finden h breite Venen, welche an mehreren Stellen in's Innere dringen. Nierenbecken etwas erweitert, Schleimhaut glatt, erenkelche ziemlich weit, theilweise mit Blutgerinseln gelt, Papillen geschwunden. Schnittfläche zeigt radiäre eifung, Parenchym ziemlich fest und derb, blutarm, von isslich- und röthlich grauer Farbe, an einigen Stellen von nfkorn- bis erbsengrossen Cysten durchsetzt. Am Hilus len sich einige haselnuss-grosse Lymphdrüsen, sowie hrere geschlängelte Venenplexus, welche mit einer röthnen Masse gefüllt sind, die sich bei mikroskopischer Unterchung aus grossen epithelialen Zellen und einem sparnen Gerüste (Krebswucherung) zusammengesetzt erweist.

Ureter an der Austrittstelle bis zur Federkieldicke e
weitert und mit rothem Blutgerinsel ausgefüllt. Oberfläch
der Niere zeigt, nach Abzug der Kapsel, zahlreiche, brei
Venen, die sich um den ganzen Umfang der Niere schlängel
und die ebenfalls mit einer röthlichen Masse gefüllt sin
Die Venen am Hilus lassen sich nicht deutlich heraussetze
weil ihre Wände nicht consistent genug sind und schon bei
kleinsten Druck reissen.

Der eingetretene Decubitus spricht dafür, dass d
Cachexie in diesem Falle einen sehr hohen Grad erreicht h
und dass der Tod in Folge allgemeiner Erschöpfung ei
getreten ist.

Mikroskopische Untersuchung.

Die mikroskopische Untersuchung des in Alcohol g
härteten und an feinen Schnitten untersuchten Nierentumo
ergab folgendes Resultat: Der grösste Theil der Geschwul
zeigt einen ausgesprochenen fibrosarcomatösen Bau, inde
derselbe aus einem derben, faserigen, mehr oder wenig
zellenreichen Bindegewebe besteht, welches sparsam vascularisi
ist und an vielen Stellen meist allmählich in mehr zelle
reiches, jugendliches Bindegewebe übergeht. In dieses fibr
sarcomatöse Grundgewebe eingestreut finden sich nu
grössere und kleinere Alveolen, welche meistens scharf a
gegrenzt und mit deutlich epithelialen Zellenhaufen u
Strängen angefüllt erscheinen. Die Epithelien dieser Heer
haben im Allgemeinen den Charakter der Epitheli
der Harnkanälchen, übertreffen jedoch vielfach an Umfa
die letzteren, und zwar so bedeutend, dass sie doppelt b
dreifach grösser erscheinen, vielfach sogar palisadenförm
in die Länge gezogen, so dass sie an verschiedenen Stell
grosse Aehnlichkeit mit den unregelmässigen Epithelien d
Harnblasenschleimhaut bekommen. Die alveoläre Anor
nung dieser epithelialen Heerde ist an vielen Stellen ausse
ordentlich charakteristisch, während an anderen Stellen e
allmählicher Uebergang der epithelialen Wucherung in d
bindegewebige vorliegt. (Man könnte an die Reste d

rösstentheils untergegangenen Nierenparenchyms denken, enn man einen allmählichen Uebergang epithelialer Elemente bindegewebige Neubildung nicht zulassen wollte.) Ausserm finden sich an einzelnen Stellen reichlich eingestreute örnige Haufen von meist goldgelben Hämatoidin, ein Bend der als Zeichen früher stattgefundener Blutungen in em Tumor selbst aufzufassen ist.

Nach dem Mitgetheilten unterliegt es nun keinem Zweifel, ass hier eine bösartige, epitheliale Neubildung, ein echtes arcinom vorliegt, welches allerdings durch die mächtigen ager von fibrosarcomatösem Grundgewebe den Charakter ner „Mischgeschwulst" besitzt, eines Carcinoma fibro-sarmatodes, eine Form, die man früher zum Scirrhus gechnet hat, und vielleicht jetzt auch noch mit einigem cht zu dem Scirrhusformen zählen würde. Die histologische sammensetzung des vorliegenden Tumors weist mit aller estimmtheit auf eine sehr langsame Entwicklung desben hin, auf ein Wachsthum, welches recht wohl viele hre lang gedauert haben mag. Mit dieser Annahme rträgt sich die klinische Geschichte des vorliegenden lles sehr wohl; übrigens ist sogar die Annahme nicht zuweisen, dass der Tumor ursprünglich zur Gruppe der ndegewebigen Geschwülste gehörte und dass erst allählich im Laufe der Zeit durch die Betheiligung der erenepithelien an der Neubildung derselbe einen mehr ithelialen Charakter und damit die Eigenschaften des bösigen, Metastasen in Leber, Lunge, Lymphdrüsen bildenn Carcinoms annahm. Auserdem ist mit Rücksicht auf derweitige Erfahrungen auch die Möglichkeit zuzugeben, ss hier ursprünglich ein langsam wachsendes Fibroadenom rlag, welches erst spät nach längerem Bestande sich in Fibrocarcinom umwandelte. [1])

Bei der Beschreibung der Niere habe ich die vollndige erhaltene Form derselben, trotz ihrer ungeheuren rgrösserung hervorgehoben. In der That wäre ich sehr

[1]) Diese Möglichkeit ist übrigens bei sämmtlichen Fällen von primärem rencarcinom mit ungewöhnlich langer Dauer nicht ausgeschlossen.

geneigt den Satz aufzustellen, dass, wenn man ein abg
schlossenes Organ, wie Milz, Lungen, Niere vollständig deg
nerirt findet, so dass man nicht einmal mit dem Mikrosko
auch nur Spuren ihrer normalen Substanz sehen kann un
dieselben noch ihre normale Gestalt (wenn auch vergrösser
haben, dass dann der pathologische Process, der an diese
Organen abgelaufen ist, schon jahrelang gedauert habe
muss! Tumoren nämlich, die schnell wachsen, können u
möglich da sie ja nur einen Ausgangspunkt haben, ein Orga
so gleichmässig durchsetzen. — Dieser Satz gilt aber nicl
umgekehrt! Es kann nämlich ein Tumor ein sehr langsam
Wachsthum haben, der aber nur einen Theil (die Hälf
oder $^3/_4$) des betreffenden Organes degenerirt (Fall v
Waldeyer und Jerzykowski). Die Beschaffenheit der v
mir beschriebenen Niere deutet auf einen an ihr seh
langsam abgelaufenen pathologischen Process.

Für das langsame Wachsthum spricht auch vom anat
mischen Standpunkte der histologische Bau der Niereng
schwulst, die quantitativ zum grössten Theil aus faserige
reifem Bindegewebe besteht — ferner die „Schmerzlosigkeit" tro
des grossen Tumors, denn bei Tumoren, die schnell wachs
sind immer: „Schmerz" in der Lumbalgegend, „hefti
Schmerzen" in der Lumbalgegend angegeben. Auch bei de
Fall von Fournier wird ausdrücklich bemerkt: „Patie
klagte nie über Lumbalschmerzen!" Da wir nun in d
Literatur mehrere Fälle verzeichnet finden, in denen d
Trauma mit Bestimmtheit als causales Moment angegeb
wird, so besteht gar kein Zweifel, dass auch im vorliege
den Fall der erlittene „Pferdehufschlag" auf die rech
Bauchseite als Ursache der Entwicklung des rechten Niere
carcinoms anzusehen sei.

Wir hätten somit einen Fall von primärem Nierenca
cinom, entstanden durch ein Trauma, von 13jähriger Dau
hier zu verzeichnen. Demnach wären auch im vorliegend
Falle die Metastasen erst im finalen Stadium eingetreten. -

Ohne mich auf eine nähere Besprechung der einzeln
Krankheitssymptome einzulassen, die übrigens bei sämmtliche

erentumoren fast dieselben sind, gehe ich gleich auf die ehandlung der Nierentumoren über. Noch Rohrer ll von einer operativen Behandlung des Nierentumors chts wissen, er stellt vielmehr dem Arzte die Hauptauf- be „rationelle Therapie“ der Symptome, die in folgenden nkten gipfelt: Die drohende Cachexie durch roborirende ät „hintanzuhalten“, Sorge für reine Luft zu tragen, „und durch den Versuch zu machen, das Leben des Patienten glichst zu verlängern.“

Gegen die eingetretene Hämaturie solle man kalte Um- läge, eine Eisblase auf die Nierengegend legen, kalte Ein- itzungen in die Blase und Rectum machen, innerlich ptica und Adstringentien verordnen, gegen die Schmerzen rphium geben etc. (und nur dann wird der Arzt dazu mmen, von seinen Kranken zu sagen, wie Heine dies schön geschildert: „Sie verloren das Leben, aber nicht Hoffnung!“ —).

Dies ist sehr leicht gesagt, aber centnerschwer für das wissen“ eines denkenden Arztes, der wohl weiss, dass drohende Cachexie etwa nicht auf einer zu geringen fnahme von Nahrung beruht, sondern auf einem mangel- ften Oxydationsprocess im Organismus, der ferner h weiss, dass wir nicht im Stande sind, die Eiweisstoffe in die len „hineinzupressen“, und der „reine Luft“ nicht nur m Kranken, sondern auch jedem Gesunden empfiehlt der ferner die Ursache der Hämaturie viel zu genau nt, als dass er sich der Hoffnung hingeben könnte, die- e durch's Auflegen einer Eisblase in die Nierengegend r durch kalte Einspritzungen in die Blase zu beseitigen. — gehört entschieden etwas Optimismus dazu, zu glauben, s man bei der Anwendung solcher Mittel — bei dieser nkheit — „das Leben des Patienten möglichst ver- gert!“ —

Man ist daher auch in der allerneuesten Zeit von dieser ionellen Therapie“ abgekommen und hat gegen diese nkheit ein viel rationelleres Verfahren vorgeschlagen: Exstirpation der Niere. Da nämlich die Nierentumoren

häufig ohne Metastasen verlaufen (weit über die Hälft sämmtlicher in der Literatur bekannten Fälle) und da di Metastasen, wenn sie vorkommen, erst im letzten Stadiun eintreten —, so gibt es in der That kein besseres Mitte von einer solchen gefährlichen Krankheit, die unfehlbar zur Tode führt, befreit zu werden, als die Nierenexstirpatior

Solche Nierenexstirpationen sind übrigens in neueste Zeit mehrere gemacht worden. Th. Kocher[1]) veröffentlich zwei Fälle von Nierenexstirpation, die er selber exstirpirt hat trotz des ungünstigen Erfolges, die er bei seinen beide Fällen gehabt hat, bricht er über diese Operation nicht de Stab. Derselbe Verfasser führt 15 Fälle von Nephrotomi an (Wolcott 1, v. Nepver 12 Fälle gesammelt, Simo I F., Langenbach I F.) von denen sechs mit günstigen Erfolg gemacht wurden und meint, dass man in vielen Fälle einen dauernden Erfolg von dieser Operation zu erwarte hat. B. Credé[2]) hat die Nephrotomie wegen einer Urete Uterusfistel mit sehr günstigem Erfolg gemacht, ich thei hier in Kürze die Krankengeschichte mit: „Pat. hatte i Folge einer schweren Entbindung mit nachfolgender Per tonitis und grossem Exsudat im Parametrium eine Harnleite gebärmutterfistel bekommen. Es wurde die Nephrotomie m günstigem Erfolge ausgeführt und Pat. nach 6 Wochen vo kommen geheilt entlassen.[3])

Nach J. Rosenbach[4]) waren von den sämmtlichen b jetzt ausgeführten Nierenexstirpationen, deren Zahl sich a 65 beläuft, nur 28 mit tödtlichem Ausgang. Demnach, mei Rosenbach, hätte diese noch junge Operation ei grosse Zukunft.[5])

---

[1]) Kocher, Deutsche Zeitschr. f. Chir. IX. 3 u. 4. 1878.

[2]) Credé, Archiv f. Gyn. XVII p. 312.

[3]) Dieselbe Operation ist ebenfalls mit sehr günstigem Erfolge v Zweifel in Erlangen ausgeführt worden. Arch. f. Gyn. Bd. XV Heft Berl. klin. Wochenschr. 1879. Nr. 35.

[4]) Rosenbach, Berl. Klin. Wochenschrift 1882. Nr. 5.

[5]) Die grosse Mortalität bei den Geschwulstexstirpationen (9 Todesfäl auf 13 Operationen) erklärt sich dadurch, dass Rosenbach, wie er ausdrücklich betont, mit der Bezeichnung „Geschwulstexstirpatione

Brandt[1]) hat ebenfalls die Exstirpation der Niere
t gutem Erfolge, ebenso hat A. Martin eine Nieren-
tirpation mit sehr günstigem Erfolge gemacht. Soll
r die Operation von Erfolg gekrönt sein, dann muss die-
e frühzeitig gemacht werden, bevor der Krebs noch zur
tastasenbildung geführt hat, und bevor die Symptome
Cachexie eingetreten sind. Herr Dr. Auer hatte dem-
h vollständig richtig gehandelt, indem er den Herrn K.
einem Chirurgen schickte, denn nur der Chirurg kann in
em Falle sagen: Ich will durch die Exstirpation der Niere
t nur das Leben des Pat. verlängern, sondern denselben
zlich von der Krankheit befreien! —

Ich für meinen Theil würde, wenn ich das Unglück
te einen Nierentumor zu bekommen, auf die „rationelle
rapie“ von Rohrer — mit der man übrigens den
nken nur bis zum Tode „beobachtet“ — verzichten,
de nicht warten bis mein Körper bei der „symptoma-
hen Therapie“ bis zum Skelet abgemagert wird, nicht
ten bis die qual- und kummervollen Tage kommen, wo man
jedem Athemzug, bei jeder Bewegung und in jeder
ation unsägliche Qualen auszustehen hat, wo das
en zur unerträglichen Last wird und der Tod als „Er-
r“, als „rettender Engel“ vom Patienten und seiner Um-
ng von Sekunde zu Sekunde erwartet wird — —, son-
würde gleich nach festgestellter Diagnose zu einem
n Chirurgen gehen und ihn sana mente in einem sonst
corpore sano bitten, mich vom Uebel zu befreien und
den Worten: „cita mors venit aut victoria laeta!“ den
rationstisch besteigen, denn die Exstirpation der Niere ist
iesem Fall das einzige Remedium, welches nicht nur das
n retten, sondern auch die Gesundheit erhalten kann!

etwa ausschliesslich die Exstirpation von Nierentumoren meint, son-
auch von Bauchtumoren, von Tumoren, welche vom Peritonaeum
hen und mit der Niere verwachsen waren, so dass die Exstirpation
iere erst bei der Operation als nothwendig erachtet wurde. Dagegen
die Exstirpation von Nierentumoren eine weit geringere Morta-
nachzuweisen haben. —

) Brandt, Wien. med. Wochenschr. 48, 49. 1874.

Zum Schlusse kann ich nicht umhin, meinen sämmtlichen Lehrern an der Universität München an dieser Stelle meinen innigsten Dank auszusprechen, insbesondere aber meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. O. Bollinger, sowie Herrn Dr. W. Frobenius, Assistent am hiesigen pathologischen Institut, die mir bei der Bearbeitung dieses Themas behülflich waren.